

参保缴费

1 南通市职工生育保险的覆盖范围和人群是什么？

答 生育保险的参保范围为本市行政区域内的机关、企业、事业单位、社会组织以及有雇工的个体工商户（以下统称用人单位）及其职工（含个体工商户招用的雇工）。这些单位的所有职工，即与用人单位签订劳动合同或形成事实劳动关系的劳动者，均应参加生育保险。

2 生育保险费怎么缴纳？

答 用人单位按照本单位职工工资总额的一定比例缴纳生育保险费，缴费比例为 1%。职工个人不缴纳生育保险费。

3 生育保险和职工基本医疗保险合并实施后生育保险费如何征收？

答 2020 年 4 月 1 日起，职工医疗保险与职工生育保险合并实施，险种保留，待遇不变。用人单位职工基本医疗保险缴费费率，按照用人单位参加生育保险和职工基本医疗保险的缴费比例之和确定，即原生育保险 1% 和医疗保险 10%（单位 8%+ 个人 2%）的比例之和 11% 征缴职工基本医疗保险费，不单独征收生育保险费。

4 灵活就业人员参加职工基本医疗保险需缴生育保险费吗？

答 灵活就业人员、失业保险代缴职工基本医保费人员，已进入协保（保养）等一次性缴费单位人员参加职工基本医疗保险仍按原职工医疗保险费率缴费，不征收生育保险费，并按原规定享受相关生育保险待遇。

5 参保单位欠缴生育保险费时，参保职工是否继续享受生育保险待遇？

答 用人单位未按照规定办理社会保险登记或者未按时足额缴纳生育保险费，其职工的生育保险待遇和职工未就业配偶生育的医疗费用待遇应由用人单位按照所属统筹地区生育保险规定的待遇标准足额支付，其中，生育津贴的支付标准按照职工产假或者休假前工资的标准执行。

用人单位未按时足额缴纳生育保险费的，从次月起停止生育保险待遇，暂停期间不计算缴费年限。

用人单位在足额补缴生育保险后，可补计缴费年限，自补缴之日起继续享受生育保险待遇，暂停期间的生育保险待遇，生育保险基金不予结付，由用人单位负担。

6 生育保险基金不予支付的费用有哪些？

- 答**
1. 违反人口和计划生育法律、法规规定，生育或者实施计划生育手术的生育医疗费用、生育津贴和一次性营养补助；
 2. 不符合生育保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准的费用；
 3. 应当由基本医疗保险基金支付的费用；
 4. 应当由公共卫生或者其他公共服务项目以及按照规定由免费的计划生育技术服务项目负担的费用；
 5. 属于医疗事故等，应当由第三人负担的费用；
 6. 在国外以及港澳台地区发生的生育医疗费；
 7. 新生儿疾病筛查、护理和医疗的费用；
 8. 未经批准在非定点医疗机构就医的生育医疗费用（急诊、抢救的除外）；
 9. 已享受居民基本医疗保险的医疗费用；
 10. 国家和省规定的不属于生育保险基金支付的其他费用。

待遇标准

生育保险待遇包括生育医疗费用、生育津贴和一次性营养补助。生育医疗费用包括生育的医疗费用、计划生育的医疗费用以及法律、法规规定的其他项目费用。

1 职工生育保险医疗费用待遇标准是什么？

答 符合生育保险基金支付范围的生育的医疗费用和计划生育的医疗费用，生育保险基金按下列规定支付：

1. 生育保险基金按单元或病种限额支付，低于限额标准的按实支付，具体限额标准为：产前检查 1000 元（自 2025 年 7 月 1 日起调整为 1200 元）；妊娠 2 个月以下的流产手术 400 元；妊娠满 2 个月、不满 3 个月的流产手术 600 元；妊娠满 3 个月、不满 7 个月的流产、引产手术 2000 元；7 个月以上（含 7 个月）的引产手术 3000 元；阴道分娩顺产 3000 元；阴道分娩难产 3200 元；符合剖宫产手术指征的剖宫产手术 4000 元，其他剖宫产手术 3600 元；放置宫内节育器（含节育器 200 元）；取出宫内节育器 150 元；实施皮下埋植术 200 元；实施皮下埋植取出术 150 元；实施输卵管结扎术 500 元；实施输精管结扎术 320 元；实施输卵管复通术 1600 元；实施输精管复通术 1200 元。

2. 自 2025 年 7 月 1 日起，对住院分娩（含阴道分娩顺产、阴道分娩难产、剖宫产手术等）发生的医保（生育保险）目录范围内医疗费用，限额内的由基金全额支付，超过限额以上的部分，职工医保参保人员分别二级及以下定点医疗机构、三级定点医疗机构报销 100%、70%，剩余个人自付部分由财政给予补助。

3. 分娩住院期间因诊治生育引起的并发症、合并症及剖宫产手术附带子宫肌瘤、阑尾切

除等手术时的医疗费用，超过上述相应支付限额以上的部分，生育保险基金按 70% 的比例支付。

施行计划生育手术在手术或住院期间因计划生育手术引起的并发症及附带子宫肌瘤等手术时的医疗费用，超过上述相应支付限额以上的部分，生育保险基金按 70% 的比例支付。

4. 享受生育保险待遇的女职工因先兆流产、先兆早产在生育保险定点医疗机构住院保胎治疗期间流（引）产或早产的，其住院期间发生的符合生育保险规定的医疗费用，低于流（引）产或早产的支付限额标准的，生育保险基金按实支付；超过相应支付限额标准的部分，生育保险基金按 70% 的比例支付。

5. 异位妊娠、葡萄胎及非分娩住院期间的先兆流产、妊娠剧吐、妊娠糖尿病、妊娠期高血压疾病、产褥期感染等相关疾病、并发症、合并症，按照职工医疗保险规定，由职工医疗保险基金按规定支付。

享受职工医疗保险待遇的退休、社会保养、“协保”人员，因生育所发生的符合职工生育保险规定生育的医疗费用，纳入职工医疗保险基金支付范围，支付标准参照生育保险参保职工的待遇标准执行。

职工未就业配偶的生育保险待遇为生育的医疗费待遇，标准为职工所在统筹地区职工生育的医疗费用待遇标准的 50%。职工未就业配偶参加居民基本医疗保险的应当按照居民基本医疗保险孕产妇住院分娩补助政策享受相关医疗待遇，生育保险基金不再支付其生育的医疗费用待遇。

参加职工医疗保险的灵活就业人员发生的符合规定的生育的医疗费用纳入职工医疗保险基金支付范围，在享受职工医疗保险待遇期间按规定享受生育的医疗费用待遇。灵活就业人员在生育期间，因产前检查、住院分娩或者因生育而引起的流产、引产，以及分娩住院期间诊治生育引起的并发症、合并症的，所发生的符合职工生育保险支付范围的医疗费用，按照职工生育保险的相应待遇，由职工医疗保险统筹基金支付。灵活就业人员在基层医疗卫生机构产前检查，享受国家基本公共卫生服务项目规定范围内的医疗保健服务，职工医疗保险基金不重复支付其相关医疗费用。灵活就业人员享受生育的医疗费用待遇后，不再按照生育保险规定享受职工未就业配偶生育的医疗费用待遇。

2 领取失业保险金人员可以享受哪些待遇？

答 2024 年 3 月 1 日起，符合条件的领取失业保险金人员生育或者实施计划生育手术的，按照《江苏省职工生育保险规定》享受生育医疗费用、生育津贴和一次性营养补助待遇。参加生育保险的领取失业保险金人员生育津贴计发基数为参保地所有领取失业保险金人员上年度参加职工基本医疗保险（含生育保险）月平均缴费基数除以 30 天。生育津贴由失业人员按规定向参保地医疗保障经办机构申领。参加生育保险的领取失业保险金人员享受的生育津贴高于领取的失业保险金的，医疗保障经办机构应当将差额部分支付给领取失业保险金人员。

3 职工生育津贴和一次性营养费标准是什么？

答 职工符合江苏省人口与计划生育条例规定生育和计划生育的，在产假或者休假期间按照以下标准享受生育津贴：

1. 自 2022 年 2 月 10 日起生育的，享受 158 天的生育津贴，其中难产（含符合剖宫产手术指征的剖宫产），增加 15 天的生育津贴；生育多胞胎的，每多生育 1 个婴儿，增加 15 天的生育津贴。
2. 妊娠不满 2 个月流产的，享受 20 天的生育津贴；妊娠满 2 个月不满 3 个月流产的，享受 30 天的生育津贴；妊娠满 3 个月不满 7 个月流产、引产的，享受 42 天的生育津贴；妊娠满 7 个月引产的，享受 98 天的生育津贴。
3. 实行输卵管结扎手术的，享受 21 天的生育津贴；实行输精管结扎手术的，享受 7 天的生育津贴。
4. 实行输卵管复通手术的，享受 21 天的生育津贴；实行输精管复通手术的，享受 14 天的生育津贴。
5. 放置或者取出宫内节育器的，享受 2 天的生育津贴。
6. 放置或取出药物皮下埋植剂的，享受 2 天的生育津贴。
7. 符合国家和省有关规定享受护理假的男职工，生育保险连续缴费满 10 个月后，享受 15 天的生育津贴。

职工产假或者休假期间，享受的生育津贴低于其产假或者休假前工资标准的，由用人单位予以补足；高于其产假或者休假前工资标准的，用人单位不得截留。

职工生育或者妊娠满 7 个月引产的，发给一次性营养补助，标准为当地上年度城镇非私营单位在岗职工年平均工资的 2%。

根据《江苏省医疗保障局关于享受生育保险待遇有关问题的通知》（苏医保发【2023】2 号规定，用人单位及其职工依法参加生育保险并按时足额缴纳生育保险费，即可按规定享受生育保险待遇，生育津贴按照江苏省职工生育保险规定的计发标准发放。其中，符合《江苏省人口与计划生育条例》规定的，可享受延长产假的生育津贴。

4 生育津贴如何规定的？

答 职工的生育津贴和一次性营养补助，在用人单位连续缴费满 10 个月后，且正常参保缴费的，由生育保险基金支付。

生育津贴是职工按照国家和省有关规定享受产假或者计划生育手术休假期间获得的工资性补偿，生育保险基金以生育津贴形式对企业予以补偿。生育津贴按照职工产假或者休假天数计发，计发基数为职工所在用人单位上年度职工月平均工资除以 30。

用人单位上年度职工月平均工资按照职工生育或者实施计划生育手术时所在用人

单位上年度申报的生育保险缴费基数计算，当年度新参保的单位，按其当年度申报的月平均生育保险缴费基数计算。

5 参保人员在生育保险定点医疗机构就医划卡结算需提供哪些材料？

- 答**
1. 妊娠后建立孕产妇保健册（卡）的，须提供生育登记证明（表）或生育证。
 2. 流（引）产或终止妊娠手术治疗的，须提供结婚证；引产的，还须提供卫生计生管理部门出具的证明。
 3. 施行其他计划生育有关手术或治疗的，根据需要提供卫生计生管理部门或单位出具的证明。
- 需要提供上述资料的原件及复印件。

6 参保单位如何领取生育津贴？

答 参保职工符合申领生育津贴条件的，医保经办机构在生育费用结算的次月将相应的生育津贴汇至单位对公账户。

参保单位如需维护或变更对公账户，可直接到市政务中心三楼医保服务窗口领取《生育津贴汇款信息确认表》、《生育津贴汇款信息变更表》，也可在南通医保局网站下载，填好并盖好单位公章后，再将确认表交至经办窗口。

7 窗口报销需要带哪些材料？

- 答** 男职工配偶、异地生育人员可在窗口报销生育费用。
1. 门诊费用须提供：医保电子凭证或有效身份证件或社保卡、医院收费票据（须盖有医院收费专用章）、费用清单（须盖有医院收费专用章）、病历资料；
 2. 住院费用须提供：医保电子凭证或有效身份证件或社保卡、医院收费票据（须盖有医院收费专用章）、费用清单（须盖有医院收费专用章）、诊断证明或出院小结（须盖有医院病区章）。
- 另须提供材料如下：
- （1）在职女职工报销流产、引产费用的，另须提供：结婚证原件；
 - （2）报销生育、计划内生育发生的流（引）产费用的另须提供：社保卡原件、生育登记（服务）证明或生育证原件。
- 其中：男职工配偶另须提供：配偶的就业失业登记证原件或户口所在地县级及以上就业管理部门出具的未就业证明原件（本市户口人员不需提供），以及配偶户口所在地城镇居民基本医疗保险经办机构出具的未参保证明原件（本市户口人员不需提供）。



南通市生育保险

政策问答

咨询热线：12345 12393

南通市医疗保险基金管理中心

2025 年 7 月